

Ocena zmian miażdżycowych w tętnicach szyjnych i udowych coraz modniejsza

prof. dr hab. n. med. Wiesława Tracz, dr n. med. Anna Kablak-Ziembicka

Instytut Kardiologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków



Autorzy C. Sosnowski i wsp. z Kliniki Kardiologii w Warszawie prezentują ciekawą pracę dotyczącą związku pomiędzy grubością kompleksu błony wewnętrznej i środkowej (ang. *intima-media thickness*, IMT) ocenianej badaniem ultrasonograficznym obustronnie w odcinku dystalnym tętnicy szyjnej wspólnej

oraz tętnicy udowej wspólnej a obecnością i stopniem zaawansowania choroby wieńcowej udokumentowanej w badaniu koronarograficznym. Do analiz statystycznych oddzielnie przedstawiano średnią wartość z pomiarów IMT po wyłączeniu oceny grubości zmian miażdżycowych, jak również wymiar najgrubszej blaszki miażdżycowej. Autorzy pracy wykazali, że średnia wartość IMT zarówno w tętnicach udowych, jak i w szyjnych wspólnych istotnie, aczkolwiek słabo (r 0,24–0,26) koreluje z angiograficznym zaawansowaniem choroby wieńcowej, a zmiany miażdżycowe stwierdzone w tych tętnicach są niezależnymi czynnikami ryzyka choroby wieńcowej [1]. Podobne badania kliniczne były już przedmiotem publikacji innych polskich autorów [2–4].

Ocena ultrasonograficzna IMT w tętnicach szyjnych oraz nieco rzadziej w tętnicach udowych jest atrakcyjną klinicznie opcją wykrywania obecności miażdżycy, także tej zlokalizowanej w mniej dostępnych dla badań nieinwazyjnych obszarach tętniczych, tj. w tętnicach wieńcowych czy nerkowych [3–7]. Wynika to z koncepcji tzw. równoległego i równoczesnego rozwoju miażdżycy w wielu obszarach tętniczych [8]. W świetle dotychczasowego piśmiennictwa i doświadczeń dyskusyjne jest stwierdzenie, że ocena tętnic udowych jest bardziej wartościowa niż badanie tętnic szyjnych, zwłaszcza wobec faktu, że u ok. 10–20% chorych z chorobą wieńcową współistnieją krytyczne zwężenia tętnic szyjnych [2].

Od kilku lat uważa się, że zarówno IMT, jak i obecność zmian miażdżycowych w tętnicach szyjnych są niezależnymi czynnikami rokowniczymi wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych w przyszłości, przede wszystkim zawału serca i udaru mózgu [9, 10]. Opublikowana ostatnio metaanaliza badań klinicznych obejmująca łącznie 37 197 chorych obserwowanych w śred-

nim okresie 5,5 roku wykazała, że IMT jest silnym predyktorem tych incydentów, a każdy kolejny wzrost grubości IMT o 0,1 mm wiąże się ze zwiększeniem ryzyka zawału serca o 10–15% oraz udaru mózgu o 13–18% [11]. Analiza grubości IMT jest szczególnie przydatna u młodych osób, u których incydenty sercowo-naczyniowe uwarunkowane miażdżycą są rzadkie i mniejszy jest wpływ farmakoterapii na wartości IMT [12, 13]. Wykazanie zmian miażdżycowych w tętnicach szyjnych w tej grupie chorych automatycznie przenosi ich do grupy wyższego ryzyka, niż by to wynikało ze skali *Framingham*, w której wiek jest podstawowym parametrem oceny ryzyka sercowo-naczyniowego [13, 14]. Coraz częściej mówi się, że „naczyniowy” wiek chorych jest w aspekcie oceny „globalnego” ryzyka sercowo-naczyniowego ważniejszy od wieku metrykalnego [14].

Piśmiennictwo

1. Sosnowski C, Pasierski T, Janeczko-Sosnowska E, et al. Femoral rather than carotid artery ultrasound imaging predicts extent and severity of coronary artery disease. *Kardiol Pol* 2007; 65: 760-6.
2. Lisowska A, Musiał WJ, Knapp M, et al. Carotid and femoral atherosclerotic lesions in patients with coronary heart disease confirmed by angiography. *Kardiol Pol* 2005; 63: 636-42.
3. Kablak-Ziembicka A, Tracz W, Przewlocki T, et al. Association of increased carotid intima-media thickness with the extent of coronary artery disease. *Heart* 2004; 90: 1286-90.
4. Pasierski T, Sosnowski C, Szulczyk A, et al. The role of ultrasonography of the peripheral arteries in diagnosing coronary artery disease. *Pol Arch Med Wewn* 2004; 111: 21-5.
5. Horita Y, Tadokoro M, Taura K, et al. Relationship between carotid artery intima-media thickness and atherosclerotic renal artery stenosis in type 2 diabetes with hypertension. *Kidney Blood Press Res* 2002; 25: 255-9.
6. Granér M, Varpula M, Kahri J, et al. Association of carotid intima-media thickness with angiographic severity and extent of coronary artery disease. *Am J Cardiol* 2006; 97: 624-9.
7. Kablak-Ziembicka A, Przewlocki T, Tracz W, et al. Diagnostic value of carotid intima-media thickness in indicating multi-level atherosclerosis. *Atherosclerosis* 2007; Epub ahead of print (online first 11 Aug 2006).
8. Ross R. Atherosclerosis – an inflammatory disease. *N Engl J Med* 1999; 340: 115-26.
9. Davis PH, Dawson JD, Riley WA, et al. Carotid intimal-medial thickness is related to cardiovascular risk factors measured

- from childhood through middle age: The Muscatine Study. *Circulation* 2001; 104: 2815-9.
10. Touboul PJ, Labreuche J, Vicaud E, et al. GENIC Investigators. Carotid intima-media thickness, plaques, and Framingham risk score as independent determinants of stroke risk. *Stroke* 2005; 36: 1741-5.
 11. Lorenz MW, Markus HS, Bots ML, et al. Prediction of clinical cardiovascular events with carotid intima-media thickness: a systematic review and meta-analysis. *Circulation* 2007; 115: 459-67.
 12. Lorenz MW, von Kegler S, Steinmetz H, et al. Carotid intima-media thickening indicates a higher vascular risk across a wide age range: prospective data from the Carotid Atherosclerosis Progression Study (CAPS). *Stroke* 2006; 37: 87-92.
 13. Kullo IJ, Malik AR. Arterial ultrasonography and tonometry as adjuncts to cardiovascular risk stratification. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49: 1413-26.
 14. Stein JH, Fraizer MC, Aeschlimann SE, et al. Vascular age: integrating carotid intima-media thickness measurements with global coronary risk assessment. *Clin Cardiol* 2004; 27: 388-92.